

Comores

Enquête Démographique et de Santé 1996

RAPPORT DE SYNTHÈSE

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ COMORES 1996

RAPPORT DE SYNTHÈSE


EDSC

Centre National de Documentation
et de Recherche Scientifique
B.P. 169
Moroni, Comores

Mars 1997

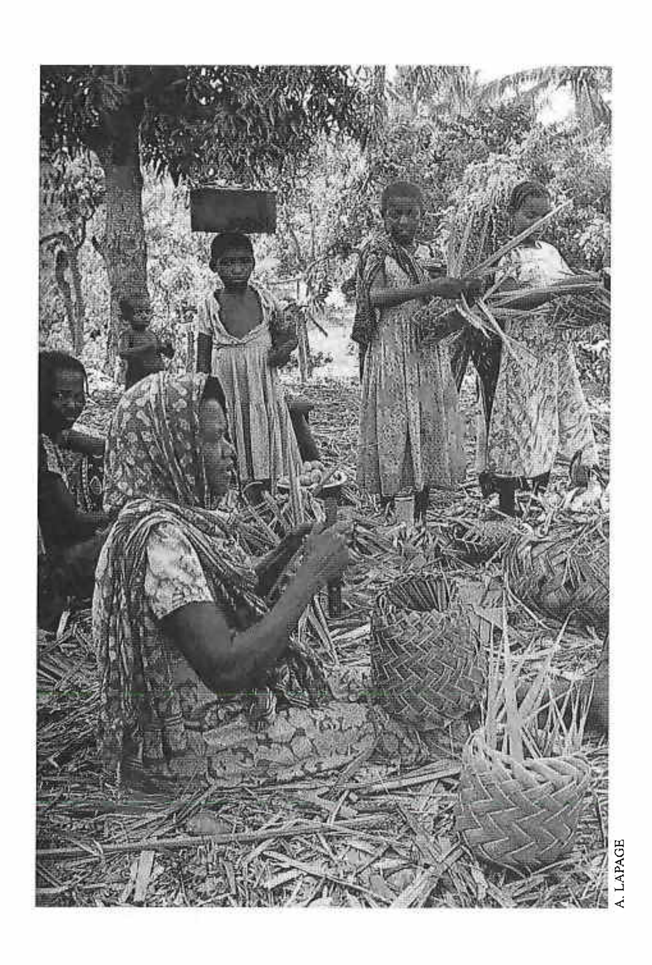
Rapport préparé par :
Kassim A. Mondoha
Monique Barrère

Production :
Sidney Moore, Kaye Mitchell et Jonathan Dammons

Ce rapport résume les principaux résultats de l'Enquête Démographique et de Santé (EDSC) réalisée aux Comores en 1996 par le Centre National de Documentation et de Recherche Scientifique (CNDRS). L'EDSC, financée par le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), a bénéficié de l'assistance technique de Macro International Inc.

L'EDSC fait partie du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys – DHS) dont l'objectif est de collecter, d'analyser et de diffuser des données démographiques portant en particulier sur la fécondité, la planification familiale et la santé de la mère et de l'enfant.

Des informations complémentaires sur l'EDSC peuvent être obtenues auprès du Centre National de Documentation et de Recherche Scientifique, BP 169, Moroni, Comores (Tél : (269) 74 4187; Fax : (269) 74 4189). Concernant le programme DHS, des renseignements peuvent être obtenus auprès de Macro International Inc., 11785 Beltsville Drive, Calverton, MD 20705, USA (Tél : 301-572-0200; Fax : 301-572-0999; E-mail : reports@macroint.com; Internet : http://www.macroint.com/dhs/).



A. LAPAGE

Cadre de l'enquête

L'Enquête Démographique et de Santé aux Comores (EDSC) est une enquête nationale par sondage. Elle a été exécutée par le Centre National de Documentation et de Recherche Scientifique, avec l'assistance technique de Macro International Inc.

L'EDSC fournit des informations détaillées sur la fécondité, la planification familiale, la santé maternelle et infantile, l'état nutritionnel des enfants et des mères ainsi que sur la mortalité infanto-juvénile et le sida. Au cours de l'enquête, réalisée sur le terrain de mars à mai 1996, 2 252 ménages, 3 050 femmes âgées de 15-49 ans et 795 hommes de 15-64 ans ont été interviewés avec succès.

Les informations recueillies sont significatives au niveau national et au niveau du milieu de résidence (urbain et rural).

Fécondité

Niveaux et tendances

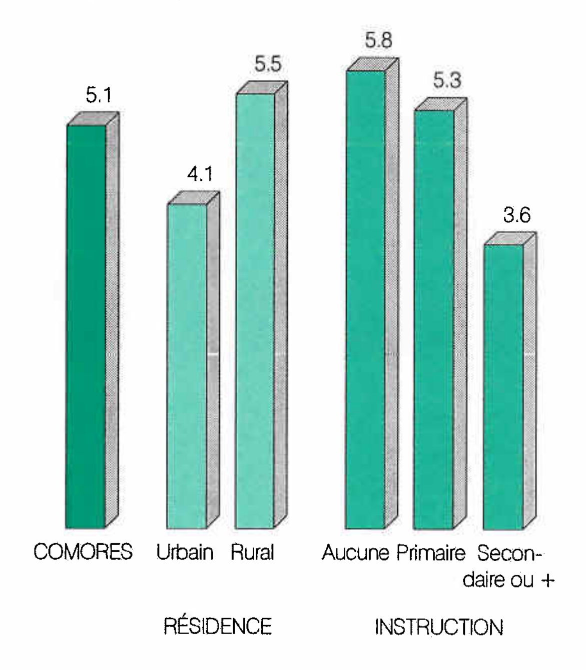
Avec les niveaux actuels de fécondité, les femmes comoriennes donneront naissance, en moyenne, à 5,1 enfants au cours de leur vie féconde. La fécondité, qui a récemment baissé aux Comores, est relativement faible à 15-19 ans et atteint son maximum à 30-34 ans. À 21 ans, une femme sur deux a déjà donné naissance à un enfant. Dans la moitié des cas, l'intervalle entre deux naissances est inférieur à 29 mois.

Avec les niveaux actuels de fécondité, les femmes comoriennes donneront naissance, en moyenne, à 5,1 enfants au cours de leur vie féconde.

Les niveaux de fécondité varient fortement en fonction du milieu et de l'île de résidence : les femmes du milieu rural (5,5 enfants) donnent naissance à 1,4 enfants de plus que celles du milieu urbain (4,1 enfants) et les femmes de Ndzuwani (6,4 enfants) ont, en moyenne, 2,4 enfants de plus que celles de Ngazidja (4,0 enfants).

Les niveaux de fécondité varient également en fonction du niveau d'instruction : les femmes ayant un niveau secondaire ou supérieur (3,6 enfants) ont, en moyenne, 1,7 enfants de moins que celles ayant un niveau d'instruction primaire (5,3 enfants) et 2,2 enfants de moins que celles sans instruction (5,8 enfants).

Graphique 1
Indice synthétique de fécondité par résidence et niveau d'instruction

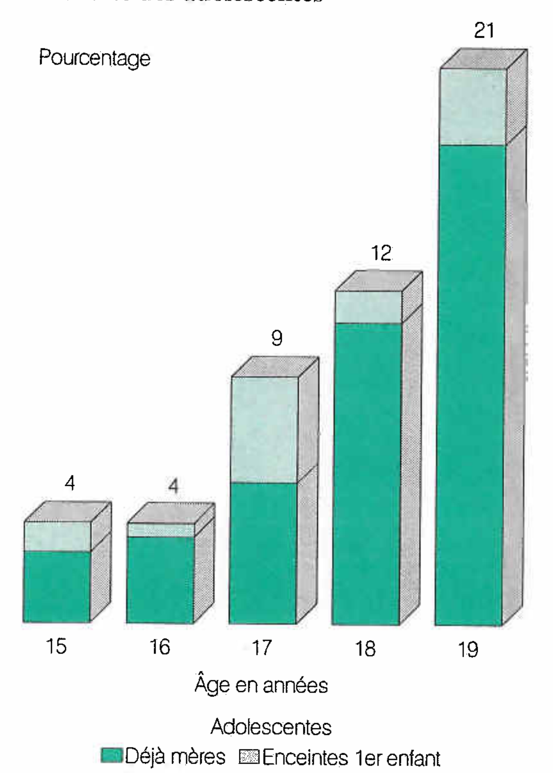


Fécondité des adolescentes

Les adolescentes comoriennes (15-19 ans) ont une fécondité assez faible qui ne contribue que pour 6 % à la fécondité totale des femmes. Dans l'ensemble, 9 % des femmes de 15-19 ans ont déjà commencé leur vie féconde : 7 % ont déjà eu, au moins, un enfant et 2 % sont enceintes pour la première fois. Cette fécondité précoce est nettement plus importante chez les adolescentes n'ayant pas fréquenté l'école (14 %) que chez celles de niveau primaire (9 %) et que chez celles ayant un niveau secondaire ou supérieur (2 %).

À l'âge de 19 ans, une femme sur cinq a déjà, au moins, un enfant ou est enceinte pour la première fois.

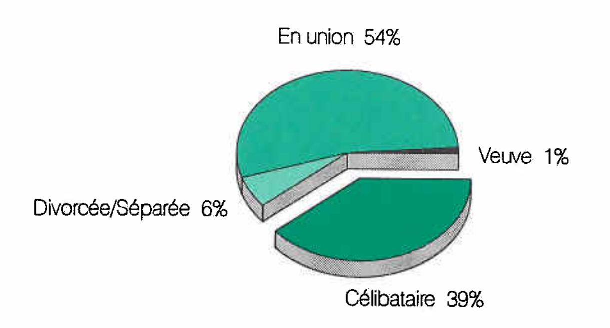
Graphique 2
Fécondité des adolescentes



Nuptialité et exposition au risque de grossesse

L'union reste largement répandue aux Comores : 54 % des femmes de 15-49 ans et 49 % des hommes de 15-64 ans étaient en union au moment de l'enquête. Le célibat concerne, environ, deux femmes de 15-49 ans sur cinq (39 %) et près d'un homme de 15-64 ans sur deux (48 %). Cependant, chez les femmes, les proportions de célibataires déclinent beaucoup plus rapidement que chez les hommes : à 20-24 ans, 52 % des femmes sont encore célibataires alors que, chez les hommes, la proportion est de 85 %. De même, à 30-34 ans, un homme sur six (17 %) ne s'est encore jamais marié, alors qu'à cet âge, seulement 7 % des femmes n'ont jamais été en union.

Graphique 3
Répartition des femmes par état matrimonial



Les femmes comoriennes entrent en union relativement tôt : à 18,5 ans, la moitié des femmes enquêtées étaient déjà mariées. Cependant, on constate une tendance au vieillissement de l'âge d'entrée en première union : des générations les plus anciennes (âgées de 45-49 ans à l'enquête) aux générations les plus récentes (âgées de 25-29 ans à l'enquête), l'âge auquel la moitié des femmes sont déjà entrées en union a augmenté régulièrement, passant de 17,6 ans à 20,4 ans, soit un vieillissement de 2,8 ans.

Les hommes entrent en union beaucoup plus tard que les femmes : ce n'est qu'à 28 ans environ que la moitié des hommes sont déjà entrés en union.

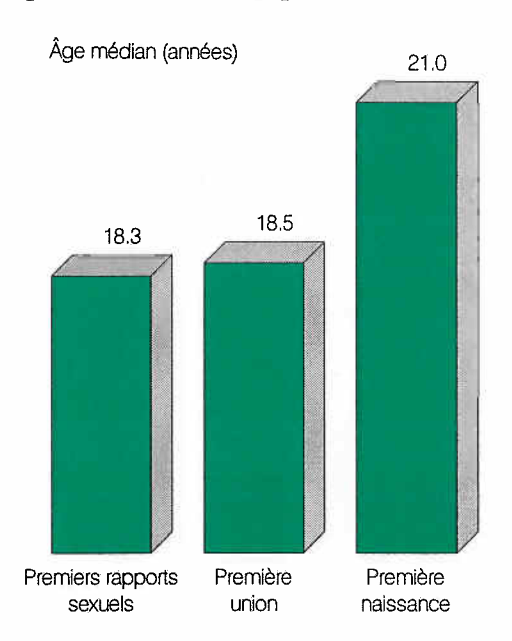
Une femme sur deux est déjà mariée à l'âge de 18,5 ans, mais cet âge à la première union des femmes tend à augmenter.

La polygamie est relativement répandue aux Comores. Une femme en union sur quatre (25 %) et près d'un homme en union sur cinq (19 %) vivent en union polygame.

L'activité sexuelle a débuté à 18,3 ans pour la moitié des femmes enquêtées, c'est-à-dire pratiquement au moment de l'entrée en première union. Ce n'est qu'à 25 ans que la quasi totalité des femmes (81 %) ont déjà eu des rapports sexuels. On constate, ici aussi, un vieillissement de l'âge aux premiers rapports sexuels : des générations les plus anciennes aux plus récentes, l'âge médian aux premiers rapports sexuels est passé de 17,7 ans à 19,7 ans.

La moitié des hommes enquêtés avaient déjà eu leurs premiers rapports sexuels à 18,6 ans, soit environ 9 ans avant l'âge d'entrée en première union.

Graphique 4
Âges médians aux premiers rapports sexuels, à la première union et à la première naissance



Préférences en matière de fécondité

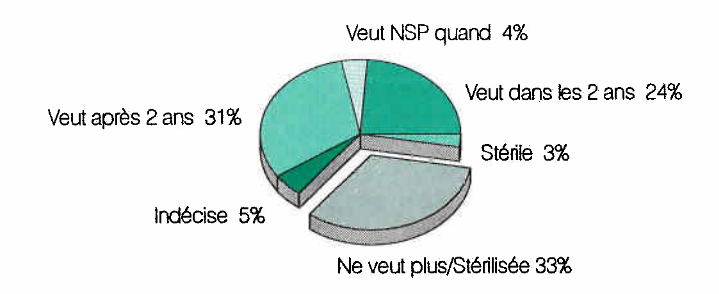
Parmi les naissances survenues au cours des trois dernières années, une naissance sur sept (14 %) n'était pas désirée. En outre, 33 % des femmes et 31 % des hommes en union ont déclaré ne plus vouloir d'enfants.

Un tiers des femmes en union et un tiers des hommes en union ont déclaré ne plus vouloir d'enfants.

Si toutes les naissances non-désirées pouvaient être évitées, la fécondité totale des femmes serait de 3,7 enfants, soit 1,4 enfants de moins que la fécondité actuelle (5,1 enfants).

La taille idéale de la famille est de 5,3 enfants pour les femmes comoriennes et de 5,7 enfants pour les hommes.

Graphique 5
Désir d'enfants supplémentaires (Femmes de 15-49 ans en union)




A. GOULAMALY

Planification familiale

Connaissance et utilisation de la contraception

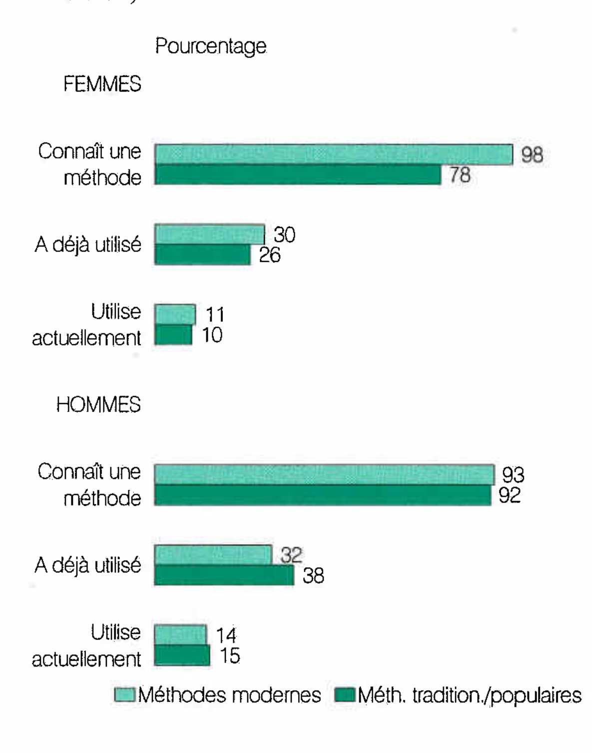
La connaissance de la contraception est quasi générale aux Comores : 98 % des femmes en union et 93 % des hommes en union ont déclaré connaître, au moins, une méthode moderne de contraception.

Parmi les femmes en union, 45 % ont déclaré avoir utilisé, au moins, une méthode contraceptive à un moment quelconque de leur vie. Cette proportion est de 30 % pour les seules méthodes modernes. Parmi les hommes en union, 32 % ont déjà utilisé la contraception moderne.

Au moment de l'enquête, 21 % des femmes en union utilisaient une méthode, soit moderne (11 %), soit traditionnelle (10 %). Les injections (4 %), la pilule (3 %), la stérilisation féminine (3 %) et le condom (1 %) sont les méthodes modernes les plus utilisées. Chez les hommes en union, la prévalence contraceptive atteint 29 % : 14 % pour les méthodes modernes et 15 % pour les méthodes traditionnelles. Le condom (5 %) est la méthode moderne la plus utilisée par les hommes.

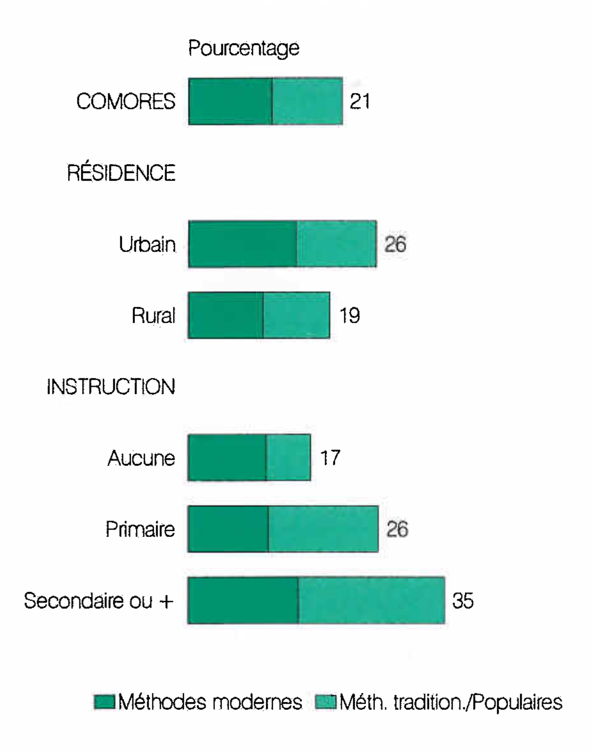
Une femme en union sur cinq et 29 % des hommes en union utilisaient la contraception au moment de l'enquête.

Graphique 6
Connaissance et utilisation de la contraception (Femmes de 15-49 ans et hommes de 15-64 ans en union)



L'utilisation des méthodes varie fortement selon la résidence et le niveau d'instruction : pour l'ensemble des méthodes, l'utilisation de la contraception par les femmes en union est plus importante en milieu urbain (26 %) qu'en milieu rural (19 %). De même, le niveau d'instruction influence très nettement l'utilisation de la contraception : la prévalence qui est de 17 % chez les femmes sans instruction passe à 26 % chez celles de niveau primaire et atteint 35 % chez les femmes de niveau secondaire.

Graphique 7
Prévalence de la contraception par résidence et niveau d'instruction (Femmes de 15-49 ans en union)



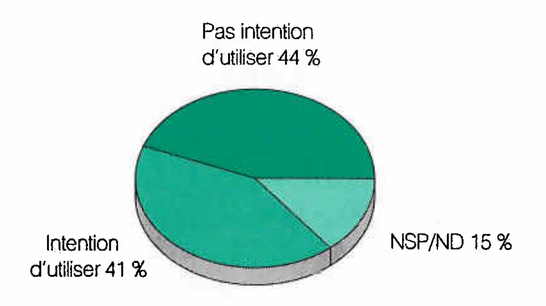
Parmi les femmes en union et non-utilisatrices de la contraception au moment de l'enquête, 41 % ont manifesté leur intention d'utiliser une méthode dans l'avenir. Dans 40 % des cas, les futures utilisatrices préféreraient utiliser les injections et, dans 25 % des cas, elles ont déclaré avoir l'intention d'utiliser la pilule.

Parmi les femmes en union et non-utilisatrices de la contraception, 41 % ont exprimé l'intention de l'utiliser dans l'avenir.

Informations sur la planification familiale

Plus de quatre femmes sur cinq (81 %) approuvent la diffusion d'informations sur la planification familiale à la radio ou à la télévision. Cependant, 25 % des femmes seulement ont déclaré avoir entendu, à la radio, un message relatif à la planification familiale pendant le mois ayant précédé l'enquête.

Graphique 8
Intention d'utiliser la contraception dans l'avenir (Femmes en union de 15-49 ans non-utilisatrices de la contraception)



Besoins non-satisfaits en matière de planification familiale

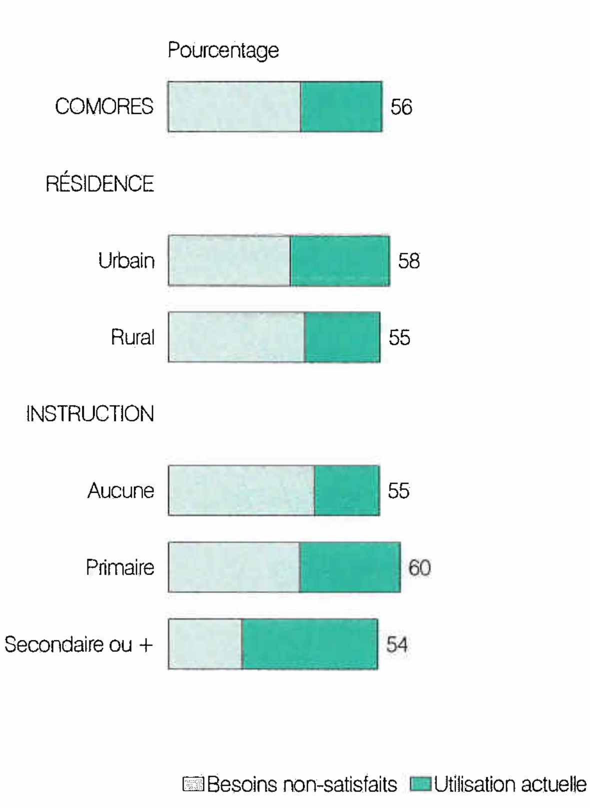
Dans 56 % des cas, la fécondités des trois dernières années n'a pas été correctement planifiée : 14 % des naissances n'étaient pas désirées et 41 % étaient souhaitées à une date ultérieure. Ceci met en évidence l'importance des besoins non-satisfaits en matière de planification familiale et permet de prévoir que la baisse de la fécondité amorcée ces dernières années se poursuivra certainement dans les années à venir.

On estime que 35 % des femmes en union ont des besoins non-satisfaits en matière de planification familiale, soit pour la limitation (13 %), soit pour l'espacement des naissances (22 %). La satisfaction de cette demande pourrait entraîner une augmentation importante de la prévalence contraceptive qui atteindrait 56 %. À l'heure actuelle, 42 % de la demande potentielle totale en planification familiale se trouve satisfaite parmi l'ensemble des femmes.

ANONYME

Plus d'une femme en union sur trois a des besoins non-satisfaits en matière de planification familiale.

Graphique 9
Demande potentielle totale en planification familiale par résidence et niveau d'instruction (Femmes de 15-49 ans en union)

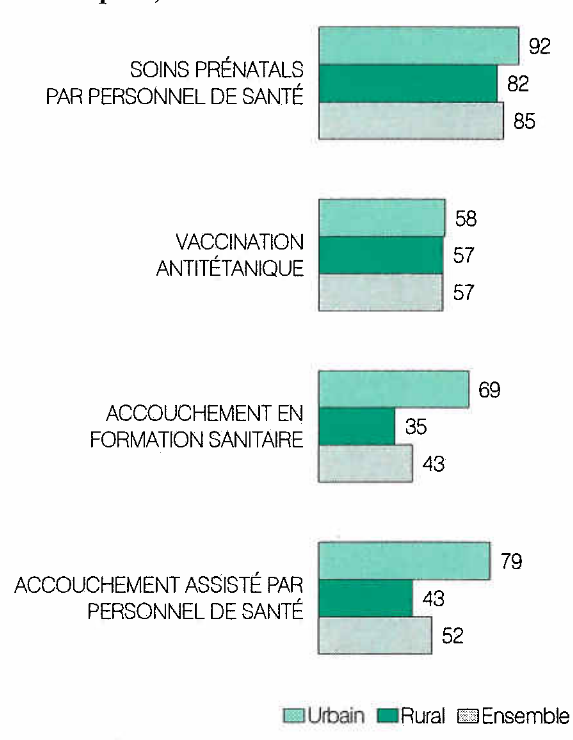


Santé de la mère et de l'enfant

Soins prénatals et assistance à l'accouchement

Au cours des trois années ayant précédé l'enquête, 85 % des naissances ont donné lieu à des consultations prénatales auprès d'un professionnel de la santé. En outre, dans 57 % des cas, les mères ont reçu, au moins, une injection antitétanique pendant la grossesse.

Graphique 10
Soins prénatals, vaccination antitétanique, lieu d'accouchement et assistance à l'accouchement (Naissances des trois années précédant l'enquête)



Un peu plus de deux naissances sur cinq (43 %) ont eu lieu dans un établissement sanitaire. Par ailleurs, plus d'une naissance sur deux (52 %) a bénéficié de l'assistance de personnel qualifié, alors que plus d'une naissance sur quatre (28 %) s'est déroulée avec l'aide d'une accoucheuse traditionnelle et qu'une naissance sur cinq (20 %) n'a été assistée que par des parents ou amis.

Plus d'une naissance sur deux a bénéficié de l'assistance de personnel qualifié, mais une naissance sur cinq ne s'est déroulée qu'avec l'aide de parents ou d'amis.

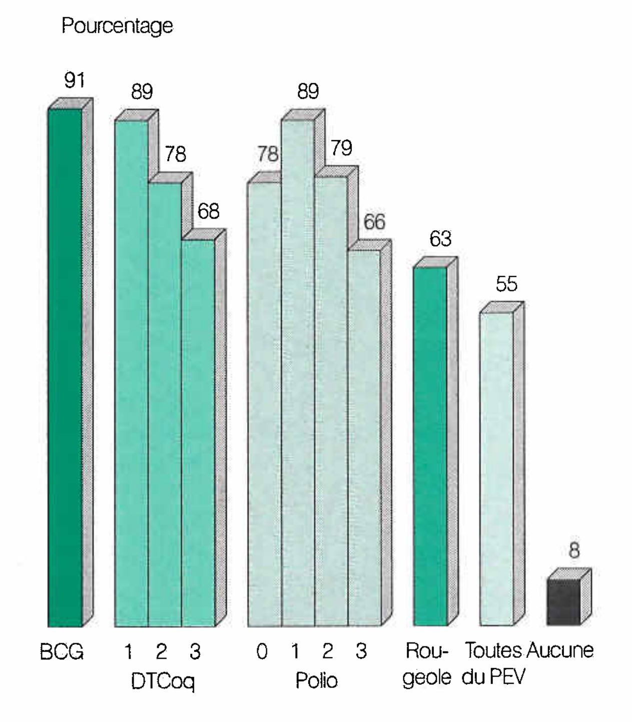
En milieu urbain, 79 % des naissances ont été assistées par des professionnels de la santé, contre seulement 43 % en milieu rural.

Vaccination

Selon les carnets de vaccinations ou les déclarations des mères, un peu plus de la moitié des enfants de 12-23 mois (55 %) ont reçu toutes les vaccinations du Programme Élargi de Vaccination (PEV), à savoir le BCG, trois doses de polio (non compris la polio 0) et de DTCoq, ainsi que la rougeole. À l'inverse, 8 % des enfants n'ont reçu aucun de ces vaccins.

Parmi les enfants de 12-23 mois, un peu plus de la moitié sont complètement vaccinés contre les maladies du PEV.

Graphique 11
Couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois



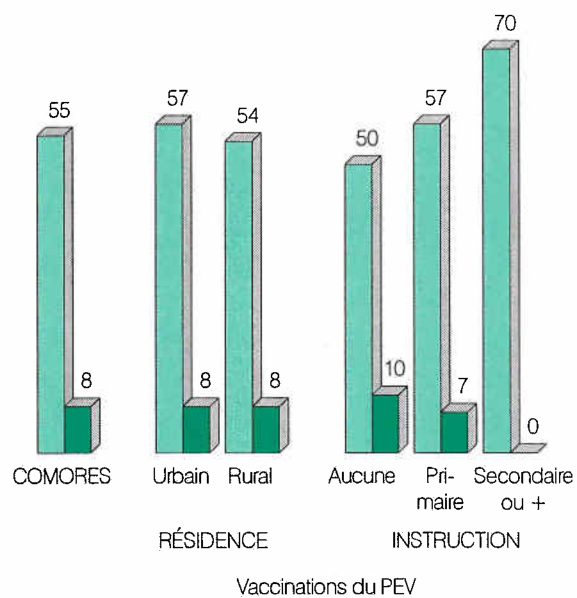
Neuf enfants de 12-23 mois sur dix ont reçu le BCG, 63 % ont été vaccinés contre la rougeole, 66 % ont reçu les trois doses de vaccin de polio et 68 % les trois doses de DTCoq.

Un enfant sur douze n'a reçu aucune vaccination.

La couverture vaccinale diminue avec le rang de naissance : 76 % des enfants de rang 1 sont complètement vaccinés contre 42 % des enfants de rangs 2-3 et 55 % de ceux de rangs 4-5.

Le niveau d'instruction de la mère joue un rôle important dans la couverture vaccinale des enfants : seulement 50 % des enfants dont la mère n'a pas d'instruction sont complètement vaccinés, contre 70 % de ceux dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus.

Graphique 12
Couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois par résidence et niveau d'instruction de la mère



Maladies des enfants et traitements

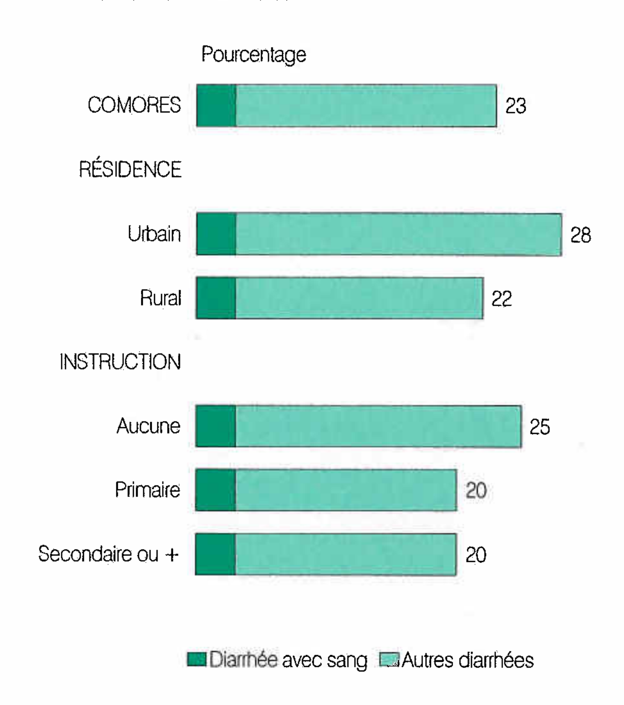
Près d'un quart des enfants de moins de trois ans (23 %) ont eu, au moins, un épisode diarrhéique au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. C'est en milieu urbain (28 %), à Ndzuwani (27 %) et parmi les enfants dont la mère n'a pas d'instruction (25 %) que l'on enregistre les plus fortes prévalences de la diarrhée.

Parmi les enfants ayant eu la diarrhée, près des trois quarts (73 %) ont reçu une quantité additionnelle de liquides pendant leur maladie. Par ailleurs, dans un peu plus de deux cas sur cinq (43 %), les enfants malades ont été conduits en consultation dans un établissement sanitaire ou auprès de personnel médical.

Près d'un quart des enfants de moins de trois ans ont eu la diarrhée dans les deux semaines précédant l'enquête.

Parmi les enfants de moins de trois ans, un peu plus d'un sur cinq (22 %) a souffert de toux et de respiration courte et rapide pendant les deux semaines précédant l'enquête. Parmi ces enfants malades, seulement 62 % ont été conduits en consultation dans une formation sanitaire ou auprès de personnel médical. En outre, près de la moitié des enfants (48 %) ont eu de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête.

Graphique 13
Prévalence de la diarrhée chez les enfants de moins de 3 ans par résidence et niveau d'instruction de la mère



Allaitement

L'allaitement est pratiquement universel aux Comores : 96 % des enfants nés au cours des trois dernières années ont été allaités, et un enfant sur deux est encore allaité à l'âge de 20 mois. Cependant, plus d'un enfant sur quatre (29 %) n'a été mis au sein que vingt-quatre heures après sa naissance.

Un enfant sur deux est allaité pendant, au moins, 20 mois.

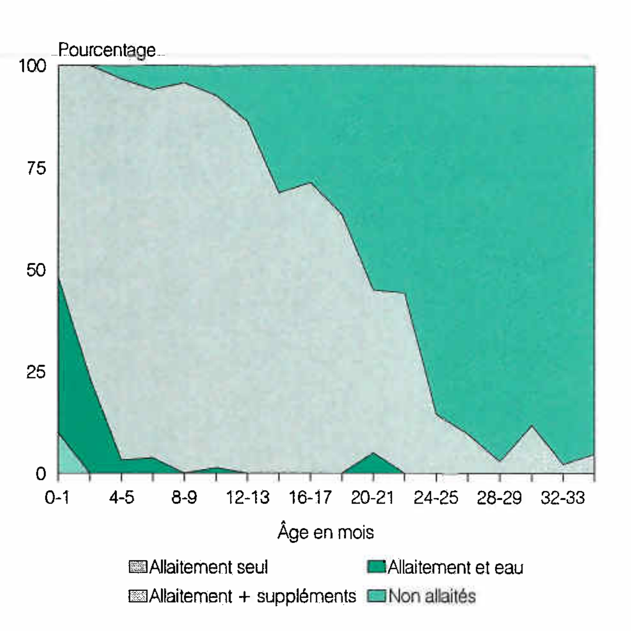
Alors que, selon les recommandations de l'OMS, les enfants ne devraient recevoir rien d'autre que le sein jusqu'à 6 mois, aux Comores, dès 2 mois, les trois quarts des enfants reçoivent d'autres liquides (autres que l'eau) et d'autres aliments en plus du lait maternel.

EDSC

La presque totalité des enfants de 7-9 mois sont nourris conformément aux recommandations de l'OMS puisque 94 % d'entre eux reçoivent des aliments de complément.

L'allaitement exclusif est quasiment inexistant aux Comores : à 0-1 mois, seulement un enfant sur dix reçoit uniquement du lait maternel.

Graphique 14
Allaitement et alimentation de complément par âge



État nutritionnel des enfants

Aux Comores, plus d'un enfant sur trois (34 %) souffre de malnutrition chronique, dont plus d'un tiers sous une forme sévère. Cette malnutrition qui se manifeste par un retard de croissance s'aggrave rapidement avec l'âge : le niveau de prévalence est huit fois plus élevé à 12-23 mois (48 %) qu'à moins de 6 mois (6 %).

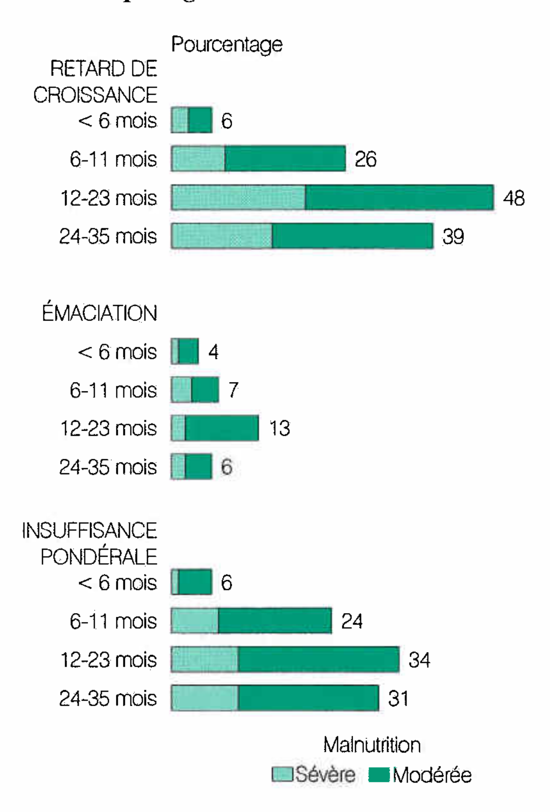
À 12-23 mois, près d'un enfant sur deux (48 %) accuse un retard de croissance.

Huit pour cent des enfants comoriens de moins de 3 ans souffrent de malnutrition aiguë, ou sont émaciés, c'est-à-dire sont trop maigres par rapport à leur taille : une très faible proportion souffre de malnutrition aiguë sévère (2 %). À 12-23 mois, 13 % des enfants sont atteints de cette forme de malnutrition.

Un enfant de 12-23 mois sur huit est émacié.

L'insuffisance pondérale, qui se traduit par un poids insuffisant par rapport à l'âge, concerne plus d'un quart des enfants de moins de 3 ans (26 %). Plus d'un tiers de ces enfants présentent une insuffisance pondérale sévère.

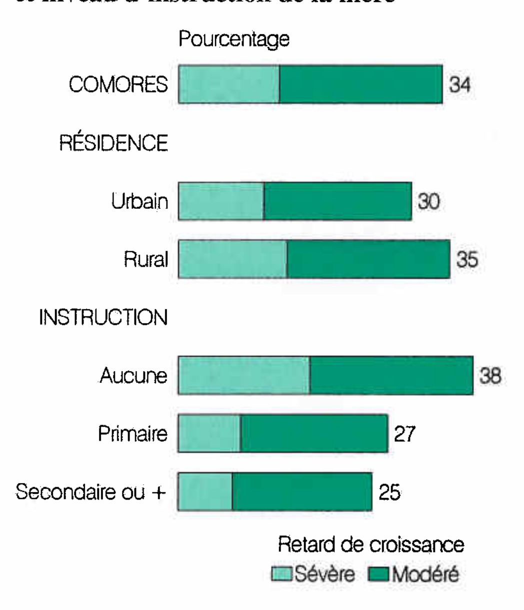
Graphique 15
Enfants accusant un retard de croissance, enfants présentant une insuffisance pondérale et enfants émaciés par âge



En milieu rural, la malnutrition chronique touche plus d'un enfant sur trois (35 %), contre 30 % en milieu urbain. L'île de Ndzuwani se caractérise par une prévalence de la malnutrition chronique (42 %) supérieure à celle observée à Ngazidja (28 %). Par contre, les niveaux d'émaciation sont plus élevés en milieu urbain (10 %) qu'en milieu rural (8 %). De plus, par rapport aux enfants de Ngazidja, ceux de l'île de Ndzuwani sont deux fois plus atteints d'émaciation (10 % contre 5 %). De même, les enfants de l'île de Ndzuwani présentent beaucoup plus fréquemment que ceux de Ngazidja une insuffisance pondérale (33 % contre 19 %).

Parmi les enfants dont la mère n'a pas fréquenté l'école, 38 % accusent un retard de croissance et 8 % sont émaciés contre, respectivement, 25 % et 7 % des enfants dont la mère a un niveau secondaire ou plus.

Graphique 16
Enfants de moins de 3 ans accusant un retard de croissance (malnutrition chronique) par résidence et niveau d'instruction de la mère

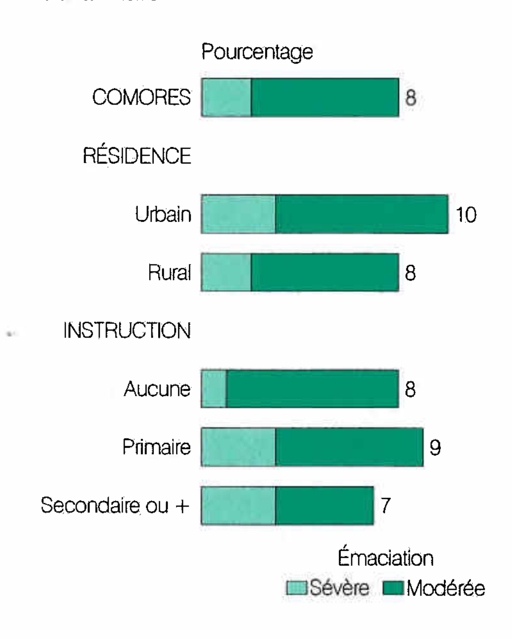


État nutritionnel des mères

La taille des mères est un indicateur indirect du statut socio-économique dans la mesure où une petite taille peut résulter d'une malnutrition chronique pendant l'enfance. La taille moyenne des femmes comoriennes est de 154,6 centimètres et varie peu selon les caractéristiques socio-démographiques.

L'Indice de Masse Corporelle (IMC) donne une indication de l'état nutritionnel actuel. En moyenne, les femmes comoriennes ont un IMC de 22,4 kg/m^2. Dix pour cent des femmes ont un IMC inférieur à 18,5 kg/m^2 et peuvent être considérées comme atteintes de malnutrition aiguë.

Graphique 17
Enfants de moins de 3 ans émaciés (malnutrition aiguë) par résidence et niveau d'instruction de la mère

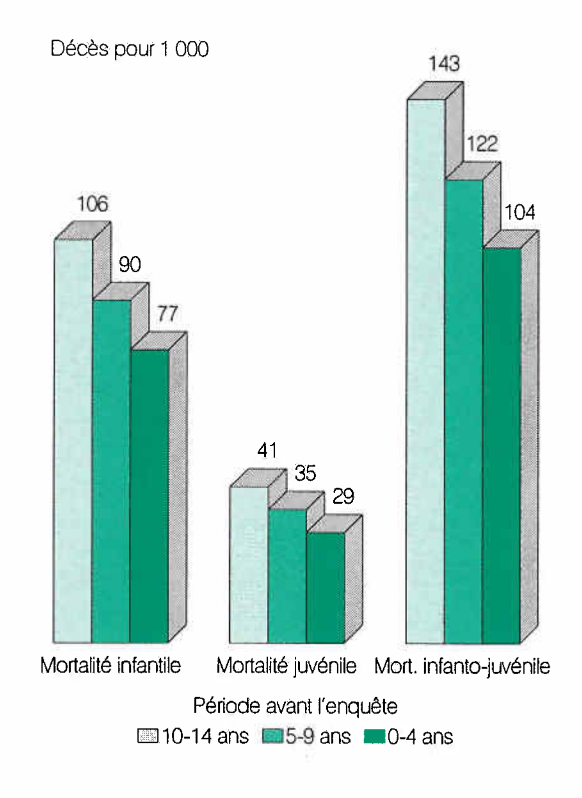


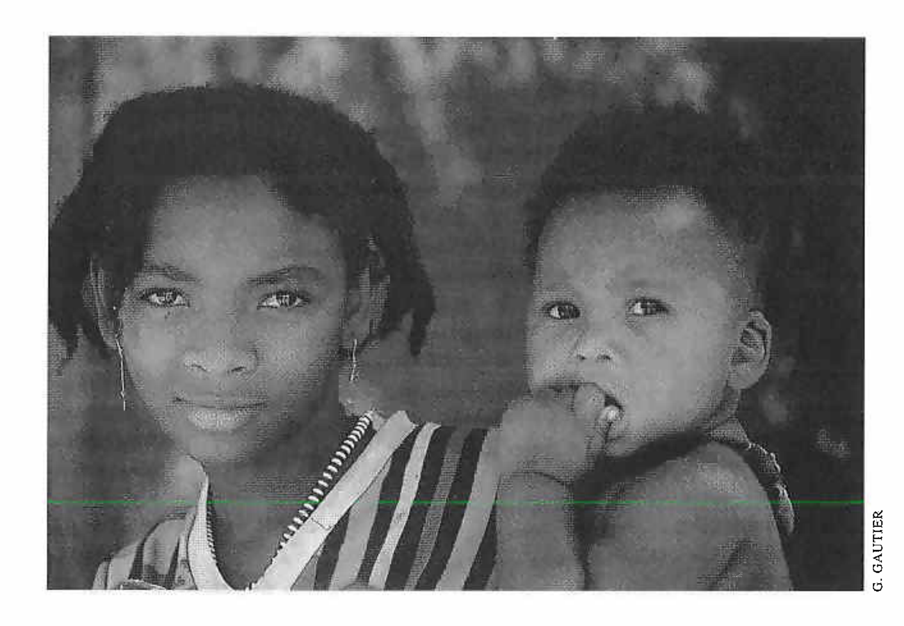
Mortalité des enfants

Durant la période 1991-1996, sur 1 000 enfants nés vivants, 77 sont décédés avant leur 1er anniversaire et, sur 1 000 enfants survivants au 1er anniversaire, 29 sont décédés avant d'atteindre l'âge de 5 ans. La mortalité infanto-juvénile touche donc 104 enfants pour 1 000 naissances vivantes, soit environ un enfant sur dix. Cependant, de 1978 à 1993, la mortalité infantile aurait baissé de près de moitié, passant de 138 ‰ à 77 ‰.

Environ un enfant sur dix décède avant d'atteindre son 5e anniversaire.

Graphique 18
Mortalité des enfants de moins de 5 ans



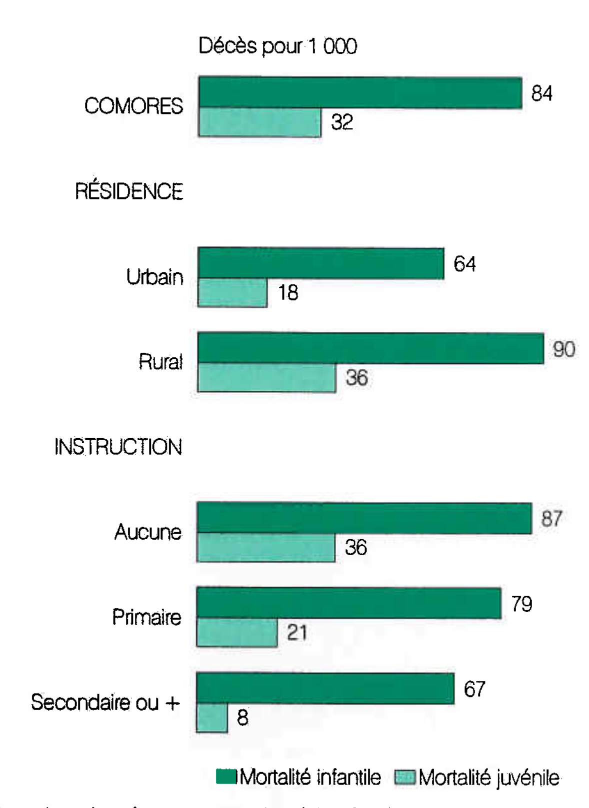

G. GAUTIER

En milieu rural, la mortalité infanto-juvénile (123 ‰) est une fois et demi plus élevée qu'en milieu urbain (81 ‰). De même, les enfants dont la mère n'a pas d'instruction ont une probabilité de décéder avant un an (87 ‰) plus élevée que ceux dont la mère a de l'instruction (79 ‰ pour le niveau primaire et 67 ‰ pour le niveau secondaire). Entre un et cinq ans, la probabilité de décéder des enfants dont la mère n'a pas d'instruction (36 ‰) est plus d'une fois et demi plus élevée que celle des enfants dont la mère a une instruction primaire (21 ‰) et plus de quatre fois plus élevée que celle des enfants dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus (8 ‰).

La mortalité infanto-juvénile est une fois et demi plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain.

Les enfants nés de mère jeune (moins de 20 ans) sont plus exposés à la mortalité que les autres : leur risque de décéder avant l'âge d'un an (110 ‰) est largement plus élevé que pour ceux nés d'une mère de 20-39 ans (76 ‰). Les intervalles intergénésiques courts sont également associés à une mortalité infantile plus élevée : les intervalles de moins de 2 ans favorisent une forte mortalité infantile (112 ‰), de 85 % plus élevée que celle estimée pour les naissances qui suivent leur aîné de 2-3 ans (61 ‰).

Graphique 19
Mortalité infantile et juvénile par résidence et niveau d'instruction de la mère



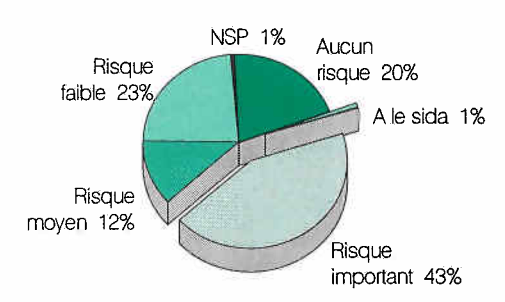
Note : Les données correspondent à la période de 10 ans précédant l'enquête

Sida

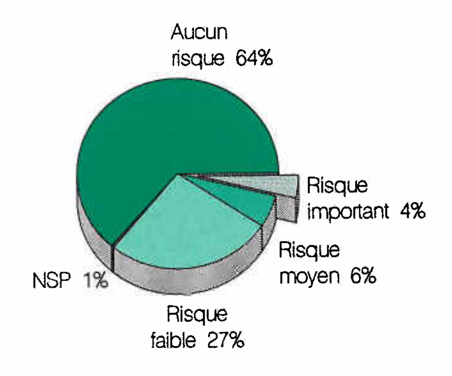
La majorité des Comoriens (98 % des femmes et 99 % des hommes) ont entendu parler du sida. Cependant, 37 % des femmes et 17 % des hommes qui connaissent le sida ont déclaré ne connaître aucun moyen pour éviter de contracter cette maladie.

La quasi-totalité des Comoriens ont entendu parler du sida.

Graphique 20
Perception du risque de contracter le sida



FEMMES



HOMMES

Plus de deux femmes sur cinq (43 %) ont déclaré qu'elles couraient des risques importants de contracter le sida; en outre, 12 % des femmes considèrent courir des risques modérés. Par contre, seulement 4 % des hommes pensent courir des risques importants et 6 % des risques modérés.

Plus de la moitié des femmes pensent courir des risques importants ou modérés de contracter le sida, contre seulement un homme sur dix.

Bien que la quasi-totalité des hommes et des femmes connaissent le condom, seulement 4 % des femmes et 20 % des hommes ont déclaré en avoir utilisé un au cours de leurs derniers rapports sexuels.

Conclusions et recommandations

Fécondité et planification de la famille

La baisse de la fécondité, enregistrée au cours des cinq dernières années ayant précédé l'enquête, est probablement due, en grande partie, au recul de l'âge d'entrée en première union ainsi qu'à celui de l'âge à la première naissance. Ce début de baisse de la fécondité signifie, peut-être, que les Comores sont entrées dans la phase de transition démographique.

En plus des facteurs socio-culturels qui concourent à la baisse de la fécondité, l'enquête met aussi en évidence une importante demande non satisfaite en matière de planification de la famille.

Compte tenu des écarts observés dans de nombreux domaines entre les îles, la mise en oeuvre des programmes de Protection Maternelle et Infantile et de Planification de la Famille serait plus efficace si un accent particulier était mis sur la couverture des îles de Ndzuwani et Mwali.

Santé de la mère et de l'enfant

Les résultats de l'EDSC indiquent, qu'aux Comores, les soins prénatals et l'assistance à l'accouchement présentent, malgré une amélioration sensible au cours de ces dernières années, des insuffisances certaines :

- Malgré la généralisation des consultations prénatales, une proportion importante des femmes enceintes au cours des trois années précédant l'enquête n'ont pas reçu d'injections antitétaniques.
- Plus de la moitié des accouchements a encore lieu en milieu non hospitalier.

Dans ces conditions, la mortalité infantile est relativement influencée par le poids de la mortalité néonatale.

En dépit d'une réduction de moitié de la mortalité infantile au cours de ces 15 dernières années, la prévalence des maladies diarrhéiques et respiratoires aiguës et d'une forte malnutrition chronique, risque de porter préjudice aux progrès réalisés, d'autant plus que la malnutrition contribue pour près de la moitié à la mortalité infanto-juvénile.

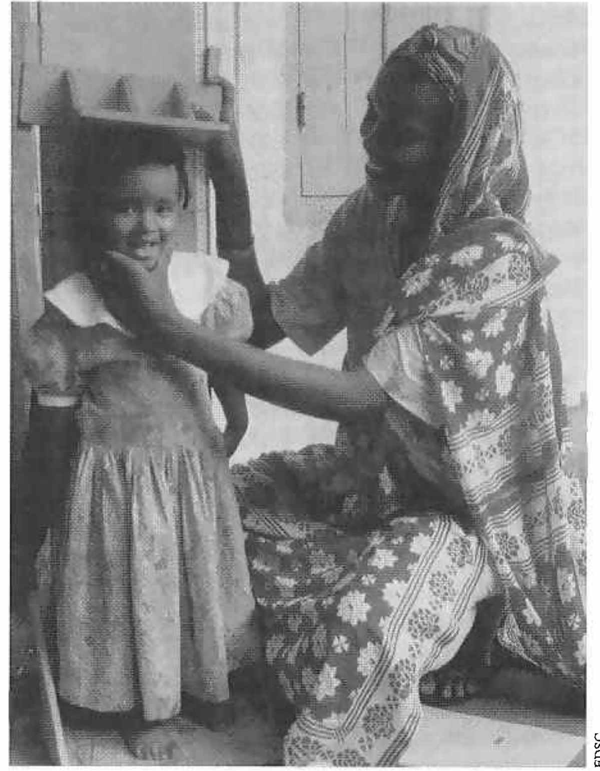
Dans la mesure ou l'EDSC permet de déterminer le profil des groupes à risques pour lesquels des interventions précises et urgentes sont nécessaires, il serait souhaitable que, dans les années à venir, les programmes de SMI/PF et d'IEC soient davantage orientés vers les zones rurales, particulièrement celles de Ndzuwani pour :

i. une action vigoureuse d'IEC pour :

- promouvoir l'espacement des naissances comme mesure sanitaire visant la protection de la mère et de l'enfant;
- généraliser la vaccination pour les femmes enceintes et les enfants en bas âge;
- développer l'accouchement en milieu hospitalier;
- encourager l'allaitement exclusif pour les enfants âgés de moins de six mois;
- promouvoir l'utilisation du condom comme moyen de prévention contre le sida mais également comme méthode contraceptive pour l'espacement des naissances;
- développer la pratique de la réhydratation orale par l'utilisation des SRO;

ii. le développement des différentes activités d'IEC devront être suivies d'une amélioration subséquente de l'offre de santé par la disponibilité d'un personnel qualifié et motivé, de moyens contraceptifs, des vaccins et des SRO à la portée de la population cible;

iii. le programme de SMI/PF devra intégrer dans ses activités la mise en place d'unités de récupération nutritionnelles pour la prise en charge des enfants atteints de malnutrition et d'émaciation.



EDSC

Principaux indicateurs

Enquête Démographique et de Santé aux Comores, EDSC 1996

Taille de l'échantillon

Femmes de 15-49 ans enquêtées avec succès 3 050
Hommes de 15-64 ans enquêtés avec succès 795

Caractéristiques socio-démographiques des femmes interviewées (en %)

Milieu urbain 29,6
Sans instruction 53,6
Instruction primaire 25,8
Instruction secondaire et supérieure 20,6

Caractéristiques socio-démographiques des hommes interviewés (en %)

Milieu urbain 31,9
Sans instruction 38,0
Instruction primaire 33,1
Instruction secondaire et supérieure 28,9

Nuptialité et autres déterminants de la fécondité

Pourcentage de femmes de 15-49 ans actuellement en union 53,6
Pourcentage de femmes de 15-49 ans en union ou l'ayant été 61,0
Âge médian (en années) à la première union (femmes de 25-49 ans) 18,5
Pourcentage d'hommes de 15-64 ans actuellement en union 48,8
Pourcentage d'hommes de 15-64 ans en union ou l'ayant été 51,2
Âge médian (en années) à la première union (hommes de 30-64 ans) 27,0
Âge médian (en années) à la première naissance (femmes de 25-49 ans) 21,0
Durée médiane de l'allaitement (en mois)[1] 20,1
Durée médiane d'aménorrhée post-partum (en mois)[1] 6,5
Durée médiane d'abstinence post-partum (en mois)[1] 2,4

Fécondité

Indice Synthétique de Fécondité[2] 5,1
Nombre moyen d'enfants nés vivants chez les femmes de 40-49 ans 6,7

Préférences en matière de fécondité

Pourcentage de femmes actuellement en union qui :
– ne veulent plus d'enfants[3] 32,5
– veulent retarder d'au moins deux ans leur prochaine naissance 31,3
Nombre idéal d'enfants (femmes de 15-49 ans)[4] 5,3
Pourcentage d'hommes actuellement en union qui :
– ne veulent plus d'enfants[3] 30,9
Nombre idéal d'enfants (hommes de 15-64 ans)[4] 5,7
Pourcentage de naissances des trois années précédant l'enquête qui :
– n'étaient pas désirées 14,4
– sont survenues trop tôt 41,3

Connaissance et utilisation de la planification familiale

Pourcentage de femmes actuellement en union qui :
– connaissent, au moins, une méthode moderne 98,1
– ont déjà utilisé une méthode 44,5
– utilisent actuellement une méthode 21,0
– utilisent actuellement une méthode moderne 11,4
Pourcentage d'hommes actuellement en union qui :
– connaissent, au moins, une méthode moderne 93,3
– ont déjà utilisé une méthode 49,2
– utilisent actuellement une méthode 28,6
– utilisent actuellement une méthode moderne 14,2
Pourcentage de femmes actuellement en union qui utilisent :
– la pilule 2,9
– les injections 4,3
– le condom 1,0
– la stérilisation féminine 2,8
– la continence périodique 3,3
– le retrait 5,4

Mortalité

Quotient de mortalité infantile (/1 000)[5] 77,3
Quotient de mortalité infanto-juvénile (enfants de moins de cinq ans) (/1 000)[5] 103,7

Santé de la mère et de l'enfant

Pourcentage de naissances[6] dont les mères ont :
– reçu des soins prénatals auprès d'un professionnel de la santé 84,5
– ont reçu au moins une dose de vaccin antitétanique 57,2
Pourcentage de naissances[6] dont les mères ont été assistées à l'accouchement par :
– un professionnel de la santé 51,6
– du personnel non formé 27,9
– un parent ou autre relation 19,7
– sans aucune assistance 0,9
Pourcentage d'enfants nés au cours de trois dernières années et qui ont été allaités 96,3
Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant un carnet de vaccination 74,3
Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant été vaccinés contre[7] :
– le BCG 90,8
– le DTCoq (trois doses) 68,3
– la Polio (trois doses) 65,6
– la rougeole 63,4
– toutes les vaccinations du PEV[8] 54,5
– aucune vaccination 8,1
Pourcentage d'enfants de moins de trois ans qui, au cours des deux semaines précédant l'enquête, ont eu :
– la diarrhée 23,1
– la toux et une respiration courte et rapide 22,3
Pourcentage d'enfants de moins de trois ans qui :
– accusent un retard de croissance[9] 33,8
– sont émaciés[9] 8,3

MST et Sida

Pourcentage de femmes qui connaissent le sida 97,9

Pourcentage d'hommes qui connaissent le sida 99,0

Parmi les femmes qui ont déjà eu des rapports sexuels et qui connaissent le sida, pourcentage de celles qui ont utilisé le condom au cours des derniers rapports 4,4

Parmi les hommes qui ont déjà eu des rapports sexuels et qui connaissent le sida, pourcentage de ceux qui ont utilisé le condom au cours des derniers rapports 19,9

---

[1] Estimée sur la base des naissances survenues au cours des 36 mois précédant l'enquête.

[2] Calculé à partir des naissances des femmes de 15-49 ans au cours des cinq années précédant l'enquête.

[3] Y compris les femmes ou les hommes stérilisés.

[4] À l'exclusion des femmes ou des hommes ne s'étant pas prononcées sur un nombre précis (7,7 % des femmes et 6,9 % des hommes).

[5] Quotients relatifs aux cinq années précédant l'enquête (1991-1996).

[6] Naissances survenues dans les 3 ans précédant l'enquête.

[7] D'après les carnets de vaccination ou les déclarations des mère.

[8] Programme Élargi de Vaccination.

[9] Retard de croissance : pourcentage d'enfants dont le score d'écart type pour la taille-pour-âge est inférieur à -2 ET, basé sur la Population de Référence NCHS/CDC/OMS; Émaciation : pourcentage d'enfants dont le score d'écart type pour le poids-pour-taille est inférieur à -2 ET, basé sur la Population de Référence NCHS/CDC/OMS.